

Diseño de información aplicado a medicamentos

María González de Cossío Rosenzweig

Licenciada en Diseño Gráfico Universidad Iberoamericana
Ciudad de México

Docente e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Cuajimalpa, México
Maestría en Educación de Arte Southern Connecticut State university New Haven, Ct EUA
Maestría en Teoría de Diseño Universidad de las Américas-Puebla Puebla, México
Doctorado en Diseño (Diseño de Información) Universidad de Reading, Inglaterra

Una introducción al diseño de información

A pesar de ser un área del diseño que se ha desarrollado desde hace siglos, apenas hace unos 25 años que toma ese nombre y que se constituye en un área de estudio. Hay muchas definiciones del diseño de información que han ido evolucionando al paso del tiempo. Inicialmente, el *International Institute of Information Design* (IIID) lo definió como “diseño que busca el entendimiento entre personas”. En 2011, el director de dicho Instituto, Peter Simlinger, reunido con profesionales y académicos del área (IIID, 2007), plantean que el objetivo del diseño de información es la transformación de datos en información de alta calidad para darle el poder a la gente para lograr sus metas. El énfasis está puesto en la función del objeto de diseño; es decir, en la importancia de que el objeto cumpla, también, más allá de la forma y de la atracción visual, con el propósito de comunicar, de facilitar y organizar actividades de la vida cotidiana. Jacobson (1999) reúne varias definiciones del diseño de información: Shedroff (1999) considera que el diseño de información se enfoca “en la organización y presentación de datos y su transformación en información valiosa y significativa”. Dervin (2002) lo define como un “metadiseño: diseño sobre diseño, diseño para asistir a la gente a hacer y deshacer sus propias informaciones, su propio sentido”. Con una perspectiva semejante, poniendo énfasis en considerar al diseño no como resultado final, sino como medio, Passini

(1999) menciona que “el objetivo del diseño de información para la ubicación en el espacio (wayfinding), no trata del diseño de signos, sino de ayudar a la gente a moverse eficientemente en el destino elegido. La calidad del diseño no es el producto diseñado, sino el comportamiento y satisfacción de los usuarios”. Jacobson (1999) menciona que tanto diseñadores de información como usuarios se ven cambiados o transformados al interactuar con el objeto diseñado. Los objetivos “primarios” del diseño de información son enumerados por Horn (1999):

1. Desarrollar documentos comprensibles, rápidos y precisos y fáciles de traducir en acción.
2. Diseñar con equipos interacciones que sean sencillas, naturales y tan placenteras como sea posible.
3. Apoyar a la gente en su camino y ubicación en el espacio tridimensional y virtual.

Jorge Frascara (2011) sostiene que “el problema central del diseñador de información es la creación de medios que sirvan a la gente para aprender, recordar, actuar, interactuar (con objetos, gente e información), realizar sus deseos y satisfacer sus necesidades”. Si bien estos objetivos son importantes, ante todo se

debe considerar a los usuarios como eje central. Muchos autores¹ se suman al concepto del diseño centrado en el usuario. Bonsiepe insiste en que se debe conocer al tipo de usuario “incipiente, competente o maestro” y todas sus características, actitudes, conocimientos, percepciones, etc., quien recibirá la información que deberá ser relevante y comunicada en el momento apropiado². Wright (2011) desglosa brevemente los criterios que debe tener la información bien diseñada:

accesible: facilita a los lectores encontrar la información que necesitan;

adecuada: la información sirve para el producto o el procedimiento, y el diseño del mensaje responde a los valores culturales de la audiencia;

atractiva: el mensaje es invitante para los lectores en vez de desagradable;

creíble: el contenido, el tono y la apariencia generan confianza en el texto;

completa: el mensaje tiene toda la información que los usuarios necesitan y no los envía a consultar otras fuentes;

concisa: no hay información superflua para las necesidades del lector;

correcta: hasta los más pequeños errores de tipeo se han evitado porque pueden deteriorar la confianza del lector en el texto;

interpretable: la información puede ser aplicada en el contexto del lector;

relevante: el contenido tiene conexiones claras con las tareas del lector;

comprensible: el mensaje está libre de jerga técnica, usa sintaxis simple e incluye diagramas o imágenes que ayudan a transmitir el mensaje³.

Finalmente, en el diseño de información se relacionan varias disciplinas, dependiendo del tipo de problema que se presente; se pueden combinar disciplinas como la psicología, la antropología, la economía, las tecnologías, la geografía, etc.

Diseño de información aplicado a un instructivo de un analgésico pediátrico

El uso de medicamentos en México está muy poco restringido. Las farmacias venden todo tipo de medicamento sin requerir la receta médica, a excepción de antibióticos, barbitúricos y antidepresivos.

En 2003 la Asociación de Fabricantes de Medicamentos de Libre Acceso (AFAMELA) se acercó a un grupo de promotores internacionales a favor del cambio de instrucciones de medicamentos con mayor claridad y comprensión. Así fue como se desarrolló una relación entre el *Medicine Labelling Group* (MLG), el *Communication Research Institute of Australia* (ahora CRI) —dirigido por David Sless—, AFAMELA y el Centro de Estudios Avanzados de Diseño (CEAD). Esta relación concluyó cuando se firmó el Código de ética (con carácter de “voluntario”) con la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)⁴ en octubre de 2006. Este código hizo foco

en la importancia de que los laboratorios proveyeran instrucciones para el uso correcto de medicamentos de libre acceso.

Uno de los laboratorios farmacéuticos⁵, líder en el mercado, estaba interesado en este cambio de regulación a favor de mejorar la información para los usuarios. El CEAD fue llamado para aplicar el método del CRI (Sless y Shrensky, 2005; Sless y Wiseman, 1997) a la etiqueta del analgésico, para involucrarse posteriormente en un sistema de enseñanza y difusión hacia instrucciones centradas en los usuarios. El método del CRI revisa todos los elementos involucrados en el diseño de etiquetas para medicamentos: desde el producto, el usuario, la legislación, el diseño de la etiqueta y su prueba con los usuarios.

Dado que el proceso del CRI se centra en el usuario del

¹ Autores como Jorge Frascara, 2011; David Sless y Ruth Shrensky, 2005; Donald Norman, 2002 se han enfocado en que los diseñadores conozcan y entiendan a los usuarios para proponer soluciones eficientes.

² Conversación de la autora con Gui Bonsiepe en La Plata, Argentina. Julio de 2012.

³ IIID (2007) El grupo IDX definió al Diseño de Información y la currícula básica que debe tener un programa de estudios; ellos anotan las mismas características del Diseño de Información que presenta Wright e incluyen otras características adicionales: la información debe ser objetiva, atemporal, valiosa y segura.

⁴ Órgano regulador mexicano que vigila que todo producto y establecimiento cumpla con normas establecidas a favor de la salud.

⁵ No se especifica por confidencialidad con la empresa farmacéutica.

Conocimiento de los usuarios del medicamento

medicamento, y específicamente del usuario australiano, se realizaron ajustes y adaptaciones a la realidad mexicana, ya que las circunstancias y el contexto son distintos. La diferencia más importante entre usuarios radica en la práctica de la lectura y la educación en salud. Los ajustes que se realizaron se comentarán a lo largo de la aplicación del proceso.

Análisis de los factores del problema

Consiste en la recopilación de información alrededor del medicamento y de su contexto, los diferentes usuarios del producto, el análisis de las etiquetas del medicamento y la secuencia de búsqueda de información de los usuarios al elegirlo.

El analgésico pediátrico

Es un producto que está en el mercado desde hace muchos años. Su presentación en tabletas masticables se considera como un medicamento tradicional para niños. Este medicamento se comercializó inicialmente como ácido acetilsalicílico y, hacia el año 2000, cambió su fórmula a Paracetamol.

Se trata de un analgésico y anti-pirético que se recomienda también para aliviar los síntomas de resfriado, gripa, etc. Se ofrece en tres presentaciones: en gotas, en solución y en tabletas. Esta última presentación es la más vendida y líder en el mercado al abarcar el 48% del mismo; sin embargo, la venta de solución y gotas corresponde solamente al 2% del mercado nacional. Como parte del cambio, el analgésico realizó varias modificaciones como:

- rediseño del frente del empaque -marbete- para reposicionarlo en el mercado;
- cambio de concentración de 10 mg a 15 mg., por lo cual fue necesario presentar una nueva tabla de dosificación;
- cambio de instrucciones en la caja de las tres presentaciones del producto.

Se estudiaron también los medicamentos competidores para evaluar sus estrategias de información.

Es indispensable conocer las características psico-gráficas y demográficas, costumbres, mitos y creencias de los usuarios indirectos y directos del producto, y de los “usuarios en riesgo”, lo cual implica que si una etiqueta la puede leer y entender el grupo más vulnerable (en términos físicos, sociales, culturales y educativos), entonces la puede leer el resto de la población. Se estudian, pues, las características, debilidades y problemas de los “usuarios en riesgo” del medicamento y todos los esfuerzos de comunicación (lenguaje, tipografía, legibilidad, etc.) se dirigen hacia la presentación adecuada de la información para ese sector.

Los usuarios directos del analgésico pediátrico son madres y padres de familia de niños entre 2 meses y 12 años de nivel socio-económico (C, D+ y D) medio, medio bajo y bajo⁶. La mayoría de las mamás son las responsables del hogar y del cuidado de los niños, y quienes administran el medicamento⁷.

Los usuarios indirectos del analgésico pediátrico son los médicos, las enfermeras y los empleados de las farmacias. Los médicos son quienes recetan, principalmente, el Paracetamol.

Los usuarios “en riesgo” son madres de comunidades urbanas y suburbanas que no tienen la educación básica completa; normalmente saben leer pero no practican la lectura en su vida cotidiana y muchas de ellas son analfabetas funcionales⁸. La lectura requiere un esfuerzo adicional por la poca práctica, lo cual implica una sobrecarga cognitiva para muchas personas. Si las instrucciones médicas presentan palabras complejas colocadas en un empaque difícil de leer, la lectura es rápidamente desalentada.

Las personas de la tercera edad que cuidan a sus nietos también son usuarios en riesgo, suelen ser indiferentes a instrucciones de medicamentos y es común que actúen por experiencia o memoria. Otros usuarios en riesgo son niños de 12 años en adelante que cuidan a sus hermanos.

Análisis funcional

Es el estudio de los elementos de la etiqueta que permite conocer sus deficiencias. Se analiza el contenido, su organización y su presentación.

⁶ Tablas AMAI, 2005.

⁷ Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2006, en que se desarrolló este proyecto, el 76.7% mujeres se dedican al trabajo doméstico.

⁸ Se define como analfabetos funcionales a aquellos individuos que han tenido la oportunidad de obtener los más elementales criterios que le posibilitan leer un texto en su estructura superficial, pero que no pueden traspasar el plano profundo de los mensajes vertidos en el texto leído.

Análisis funcional del analgésico

<p>Nombre del medicamento</p> <p>Pedilúrico solución PARACETAMOL</p> <p>CONTRAINDICACIONES: Paracetamol, enfermedades del hígado.</p> <p>REACCIONES SECUNDARIAS: En caso de no seguir las recomendaciones puede producir alteraciones del hígado o de la sangre.</p> <p>ADVERTENCIAS: Este medicamento no debe administrarse junto con otros productos que contengan Paracetamol. Si persisten las molestias consulte a su médico.</p> <p>Contiene 40% de Sorbitol.</p> <p>PRECAUCIONES: Conservarse a temperatura ambiente, a no más de 30° C. No se deje al alcance de los niños. Protégase de la luz. No abra el producto si el sello de garantía de la boca del frasco está roto o ha sido violado. En pacientes diagnosticados con daño hepático o renal, consultar al médico antes de la administración. La sobredosis con Paracetamol, podría causar daño hepático. En caso de sobredosis, es necesaria la atención médica inmediata, aun si no hay síntomas aparentes.</p> <p>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: El efecto anticoagulante de warfarina y otros similares puede aumentarse por el uso prolongado de Paracetamol con el riesgo de incrementar el sangrado; dosis ocasionales no tienen efecto significativo. No contiene alcohol ni azúcar.</p> <p>Hecho en Costa Rica por: COSTA RICA, S.A. 300 Metros Este de la Escuela Interoceánica, Cienfuegos a Sabalito, San José, Costa Rica.</p> <p>Distribuido por: S.A. DE C.V. Calle 21-E No. 104 CIVIC, Juárez, Morelos 67500 México. ® Marca Registrada Reg. No. 739887 SSAVI</p> <p>Para mayor información del producto comuníquese al teléfono: 01800 234 3000</p> <p>LABOR S</p>	<p>— Marca o nombre del medicamento</p> <p>— Presentación (solución)</p> <p>— Nombre genérico</p> <p>— Contraindicaciones</p> <p>— Reacciones secundarias</p> <p>— Advertencias</p> <p>— Precauciones</p> <p>— Interacciones medicamentosas</p> <p>— Hecho en</p> <p>— Distribuido por</p> <p>— Teléfono</p> <p>— Laboratorio que lo produce</p>
---	--

Análisis funcional de una cara del instructivo del medicamento (solución)

El instructivo del analgésico se basa en los requisitos de la Norma Oficial Mexicana de Etiquetado de Medicamentos de 1993 -aún vigente- y en el código de ética del laboratorio farmacéutico que lo produce. La información del instructivo era:

- nombre del medicamento (marca comercial o genérico) e ingredientes activos (fórmula);
- forma farmacéutica⁹* (tableta, solución) cantidades y concentración;
- para qué se usa y cómo administrarse (indicaciones, vía de administración, dosis*);
- cómo usar el medicamento apropiadamente (modo de empleo)*;
- factores a considerar antes de consumirlo (contraindicaciones, advertencias*);
- efectos no deseados (reacciones secundarias*);
- condiciones de almacenamiento (precauciones*);
- en caso de sobredosis* (precauciones, advertencias y modo de empleo, ingesta accidental).
- otra información que puede ser importante (interacciones medicamentosas* y alimentarias);
- fabricante del producto;
- dónde acudir para mayor información.

Los problemas de información que se encontraron al analizar el instructivo fueron:

Contenido y organización de la información

La información sobre temas relacionados estaba distribuida en distintas secciones de la etiqueta y se repetía bajo los siguientes encabezados:

- Precauciones.
- Reacciones secundarias.
- La disposición y organización de la información no mostraba la secuencia de uso del medicamento.

Uso del lenguaje

La etiqueta contenía 15 palabras complejas y tecnicismos difíciles de entender. Ejemplo: hipersensibilidad, hepático, contraindicaciones, medicamentosas, anti-pirético, anticoagulante, sobredosisificación, etc.

Uso del espacio y de la tipografía

La cantidad de información se desplegaba en un espacio reducido que provocó:

- que los textos fuesen largos y apretados;
- que el ancho de columna fuese extenso y sin espacio entre párrafos;
- que la alineación “en caja” y forzada del texto alterase el ritmo y la velocidad de la lectura;
- que la tipografía fuese muy pequeña y causara problemas de legibilidad;
- que el texto no estuviera organizado con encabezados;
- que la falta de contraste de color entre tipografía y fondo interfería con la lectura.

⁹ *Vocabulario especificado en la norma oficial y que debe ser aplicado en los instructivos. Margulis, Mario. (2002 : 520)

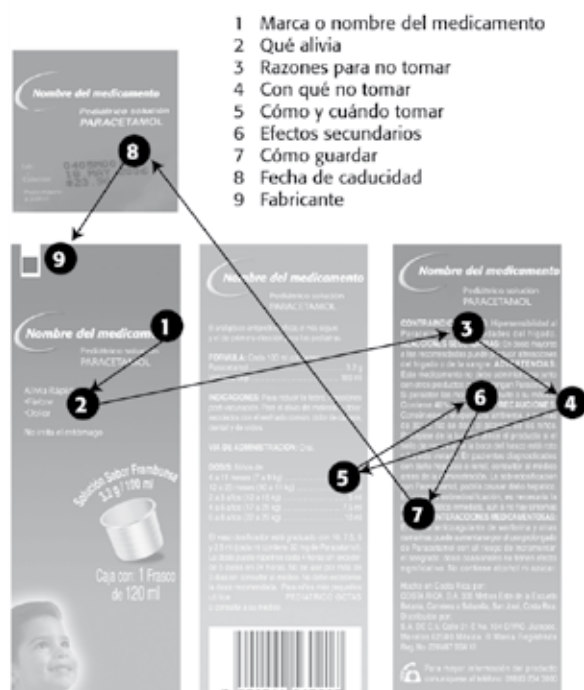
Patrones de percepción del usuario

El texto se debe estructurar a partir de los patrones de percepción del usuario al consultar el instructivo de un medicamento:

- El usuario tiende a leer la información en un orden en particular;
- Los usuarios dan prioridad a ciertos tipos de información de manera consistente¹⁰.

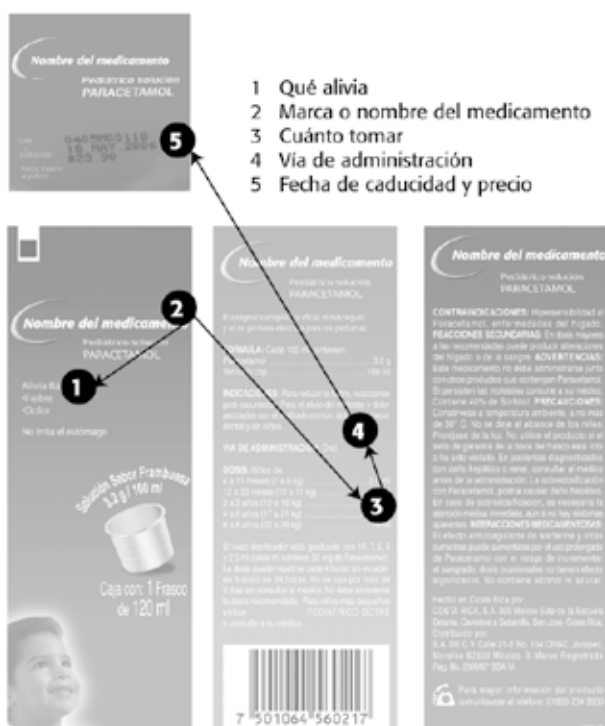
Para adaptar el proceso, el CEAD estudió los patrones de percepción o interés de los usuarios mexicanos, y se encontró con el hecho de que la búsqueda de información en un medicamento es diferente que en Australia:

Patrones de búsqueda de información de usuarios australianos, aplicado al analgésico pediátrico



Esta imagen muestra qué información es importante para los australianos según Sless y Penman aplicados al analgésico mexicano

Patrones de búsqueda de información de usuarios mexicanos, aplicado al analgésico pediátrico



Esta imagen muestra el orden de información importante para los mexicanos

¹⁰ Estudios desarrollados por Sless y Penman, 1995.

Evaluación comparativa o prueba de diagnóstico

Esta evaluación consiste en realizar un diagnóstico del estado actual de la etiqueta del medicamento para saber si los usuarios pueden localizar y entender la información. Se desarrolló un estudio mixto, cualitativo y cuantificable que buscó “obtener información amplia y profunda de índole psico-emocional, que sirve para explicar la percepción personal y las razones que sustentan las actitudes y las conductas de una determinada audiencia o mercado” (Villegas-Covarrubias, 2003). El estudio cualitativo consiste en entrevistas a profundidad a los usuarios cuando interactúan con el producto (Clarke, 1999) y en la observación de su entorno. Los entrevistados “no solamente responden, sino que también son, hacen y comparten”. Sless sugiere una muestra de 10 participantes, ya que ha comprobado que, después de las primeras 8 entrevistas¹¹, las respuestas de los participantes se repiten, hacen las mismas observaciones y sugieren soluciones similares.

Se diseña un protocolo de preguntas para saber si los usuarios pueden localizar, entender la información y hacer buen uso del medicamento. Las preguntas están basadas en un cuadro de requisitos de desempeño que muestra la interacción de los usuarios tal como se administra el medicamento, desde que lo identifican y eligen en el lugar de compra, lo usan, lo almacenan, hasta que lo desechan. Antes de hacer esta evaluación, Sless establece los requisitos mínimos de desempeño de una etiqueta y define que el nivel aceptable de eficiencia para Australia es del 81%¹². La cifra implica que el 90% de participantes debe localizar la información con facilidad y el 90% de ellos debe entenderla para administrar el medicamento fácil y correctamente ($0.90 \times 0.90 = 0.81$).

Se pidió a los usuarios que encontraran la información y respondieran a las preguntas. Se incluyeron varios cuestionamientos relacionadas con mitos y creencias que el método del CRI no tiene contempladas.

Muestra

Se realizó un total de 30 entrevistas cualitativas (10 para cada presentación del medicamento: gotas, solución y tabletas) a madres y padres de familia. Los participantes fueron de niveles socio-económicos (C, D+ y D) medio, medio bajo y bajo. Como requisito indis-

pensable, todos debían ser responsables del cuidado de niños entre 2 meses y 12 años.

Materiales e instrucciones

Cada participante interactuó con una sola presentación del analgésico pediátrico. Cada entrevista tomó entre 30 y 40 minutos. Dos entrevistadores grabaron y registraron por escrito las respuestas, comentarios y actitudes de los usuarios.

Resultados

Las respuestas mostraron dos tipos de diagnóstico: uno, los problemas de una etiqueta deficiente; el otro, la dificultad de algunos usuarios para localizar y entender información. Los resultados por pregunta permitieron saber qué parte de la etiqueta presentaba problemas. Los resultados, por participante, permitieron saber el grado de eficiencia de las instrucciones.

Con base en el orden del protocolo, los resultados mostraron:

- desconocimiento del cambio de los ingredientes del medicamento;
- confusión entre la concentración del medicamento y la cantidad en el envase;
- respuestas parciales porque contenidos semejantes estaban bajo distintos encabezados;
- comunicación sobre costumbres y mitos sobre la salud, en relación con vacunación, administración y sobredosis de los medicamentos;
- dificultad para entender la dosificación en unidades de peso y facilidad al consultarla por edad;
- dificultad para entender la frecuencia y el tiempo máximo de uso del medicamento;
- experiencias previas son preponderantes sobre la lectura de la etiqueta;
- facilidad al consultar la fecha de caducidad;
- memorización del lema “consulte a su médico”;
- desinformación del número telefónico 01 800 como número gratuito;
- problemas con términos como “hepático”, que leían como “hepatético”; “contraindicaciones” como “con-

¹¹ En otros proyectos realizados por el CEAD se ha constatado que, a partir de ocho entrevistas, se repiten los mismos errores.

¹² En Australia se han reunido distintos actores de la industria de los medicamentos -farmacia, enfermería, consumidores, práctica médica general, farmacéuticos clínicos y el CRI- para definir los contenidos de las etiquetas de medicamentos. A esta información se le llama *Consumer Medicine Information* y ha sido avalada por el Departamento de Salud y por el Programa de servicios familiares de educación farmacéutica de Australia.

tradiciones” o desconocimiento de significados como: “renal”, “antipirético”, “interacciones medicamento-
sas”, hipersensibilidad,” etc.;

-dificultad para localizar y entender información a causa de la desorganización de los textos, tamaño de la letra y poco contraste de colores;

-las experiencias anteriores con el medicamento y la recomendación de familiares prevalecen sobre la información contenida en la etiqueta¹³.

Resultado cuantificable

El resultado del nivel de desempeño de la etiqueta estudiada fue del 29.5%; es decir, sólo el 54% de los participantes localizaron la información sin dificultad, y el 54.5% la entendió ($54\% \times 54.5\% = 29.5\%$). Estos porcentajes corresponden al promedio de las respuestas de los participantes en la prueba de diagnóstico.

Esta prueba resultó compleja para los participantes ya que consultaron instrucciones mal diseñadas (texto desorganizado y difícil de leer).

El nivel de los usuarios en riesgo obligó a hacer una variación del método del CRI, por lo que se modificó el índice de desempeño que debía cumplir la etiqueta. La cifra establecida como meta fue del 72% de eficiencia: el 90% de los participantes debía localizar la respuesta y, por los menos, el 80% de ellos debían entender la información contenida en la etiqueta¹⁴ (0.9×0.8).

Desarrollo del prototipo: rediseño de la etiqueta del analgésico

Los resultados obtenidos en la prueba de diagnóstico mostraron las deficiencias de la etiqueta que se modificaron en el rediseño; además se consideraron las observaciones de los experimentadores durante la evaluación y las opiniones de los especialistas de salud¹⁵. El rediseño de la etiqueta incluyó cambios de distinto tipo:

Cambios de texto en la etiqueta

- Se utilizó lenguaje sencillo o llano. Se sustituyeron palabras complejas para los usuarios, por ejemplo: “del hígado” sustituyó a “hepático”; “muy sensible” sustituyó a “hipersensibilidad”, “alivia

la fiebre” sustituyó a “antipirético”. Palabras innecesariamente complicadas como “pediátrico” o “post-vacunación” cambiaron a “para niños” y “después de la vacunación”.

- Algunas abreviaturas se facilitaron como “kg” a “kilos”; “oC” a “grados C”.
- La fórmula se diferenció para rápida localización.
- Se integró la información sobre las diferentes presentaciones del medicamento¹⁶.

Orden y jerarquía de los textos

- Se organizaron los textos en secciones y en la secuencia de cómo se administra el analgésico.

¹³ Esta es una situación generalizada que atraviesa todos los niveles socio-económicos.

¹⁴ Se determinó que este es el porcentaje que deben tener las etiquetas de medicamentos de libre acceso en México, especificados en las “Guías para el diseño de etiquetado efectivamente útil de medicamentos de libre acceso en México”.

¹⁵ Durante la etapa de análisis de los factores, se entrevistan a especialistas de la salud que recomiendan el medicamento estudiado.

¹⁶ En la etapa del análisis de los factores se analizaron las etiquetas de los competidores; esta modificación responde a que uno de los productos competidores lo hace.

- Los encabezados que se manejaron cumplen con la Norma¹⁷, pero con lenguaje narrativo y comprensible:

-[Nombre del medicamento] es para: (malestares que alivia)
 -NO use [Nombre del medicamento] en niños (en lugar de contraindicaciones)
 -Cómo usar [Nombre del medicamento] (instrucciones de uso)
 -Precauciones
 -Debe consultar al médico (casos de riesgo: advertencias, reacciones secundarias, contraindicaciones e interacciones medicamentosas)
 -En la cara secundaria de la etiqueta del medicamento se ubicó:

- Fórmula
- Otras presentaciones del medicamento
- Para más información llame “gratis” al teléfono...

Cambios en la diagramación del texto

Información completa pero desorganizada o que no puede leerse es como si no se presentara información alguna. Por ello, la nueva etiqueta cuidó la disposición del contenido a través de varios elementos:

- Fórmula
- Se seleccionó la tipografía Formata, adecuada para un espacio limitado y muy legible.
- Se organizó el texto en secciones con encabezados sobresalientes en color y uso de tipografía en negrillas.
- Se modificó el uso del color. La etiqueta es blanca, textos en negro y color (“rosa mexicano” corporativo) para resaltar los encabezados de cada sección.

El resultado se puede ver en la siguiente imagen.

Rediseño de la etiqueta del analgésico pediátrico

Vista de la etiqueta antes y después del proceso



Nueva etiqueta Cambios realizados:

Indicación para no tirar la caja.

Para quienes y para qué sirve; edad del niño y para qué síntomas.

Casos de riesgo: sustituye los títulos anteriores de advertencias, interacciones medicamentosas y reacciones secundarias.

Instrucciones de administración, paso a paso basadas en peso, edad y dosis adecuada.

Casos en que se debe consultar al médico: antes de darle el medicamento, en casos de sobredosis, si está tomando anticoagulantes o si persisten las molestias.

Precauciones: cómo guardar el medicamento e insiste en casos delicados como la sobredosis y los daños causados al hígado para asegurar que los usuarios sepan qué hacer.

Conserve esta caja, contiene información importante.

[Medicamento] tabletas es para:

- Niños de 2 a 7 años.
- Aliviar fiebre, dolor y malestar causados por resfriado común o dolor.
- Aliviar molestias provocadas por vacunación.
- Aliviar dolor de cabeza, dental y de oídos.

NO use [Medicamento] en niños:

- Sensibles al Paracetamol.
- Con enfermedad del hígado o del riñón.
- Que estén tomando otro producto que tenga Paracetamol.

Cómo usar [Medicamento] tabletas:

1. Marque la dosis de acuerdo al peso actual del niño. Si son los adultos, consulte la edad.
2. Marque que el niño analgésico las tabletas.
3. Si es necesario, repita la dosis cada 4 horas, pero no más de 4 veces al día.
4. No use [Medicamento] por más de 3 días.

Edad	Peso aproximado	Dosis
2 a 3 años	12 - 16 kilos	2 - 3 tabletas
3 a 5 años	16 - 19 kilos	3 tabletas
5 a 7 años	19 - 25 kilos	3 - 4 tabletas

Debe consultar al médico:

- Si el niño está enfermo del hígado o del riñón (consulte antes de darle [Medicamento]).
- Si el niño tomó más [Medicamento] del que debía (sobredosis), aun si el niño parece estar bien.
- Si después de 3 días siguen las molestias.
- Si el niño está en tratamiento con sustancias con efectos anticoagulantes (como aspirina y otros derivados). Si usa prolongado de Paracetamol puede aumentar el riesgo de sangrado.

Precauciones:

- El niño no debe tomar más de lo recomendado, pues puede dañar el hígado o alterar la sangre. Si tiene de más, debe acudir rápido al médico.
- No use [Medicamento] si el sello de garantía de la caja falta, está roto, o si el envase de aluminio no está sellado.
- Manténgalo en su caja y guárdelo en un lugar seco y fresco, a temperatura ambiente menor de 30 grados C. Prepárese de la siguiente manera: No le des al niño de los niños.

Fórmula: Códigos de identificación gráfica para que los médicos la localicen rápidamente.

Datos del laboratorio.

Información sobre las otras presentaciones del medicamento.

Marca registrada.

Teléfono gratis para solicitar mayor información.

01 800 XXX XXXX

Muestra las instrucciones del analgésico antes y después del rediseño

¹⁷ Norma Oficial Mexicana, NOM-072-SSA1-1993, Etiquetado de medicamentos, 1993.



Comprobación y refinamiento

Esta etapa del proceso pone a prueba la eficiencia de la etiqueta rediseñada mediante nuevas entrevistas a profundidad para verificar si efectivamente mejoró su porcentaje de desempeño.

La etiqueta rediseñada se probó con el mismo protocolo y con el mismo perfil de usuario entrevistado anteriormente; se realizó una nueva muestra de 30 personas: madres y padres de niños, del sector C, D y D+. Cada participante interactuó con una sola presentación del medicamento.

Resultados cuantificables

La prueba de eficiencia mostró cambios significativos en la localización y entendimiento de las instrucciones de uso del medicamento de público en riesgo. El porcentaje de los participantes que localizó la información sin dificultad aumentó de 54% a 83.7%; el porcentaje de participantes que entendió la información aumentó de 54.5% a 86.5% con la etiqueta rediseñada. Ello significa que el nivel de eficiencia de la nueva etiqueta pasó de 29.5% de la etiqueta original a 72.4% ($83.7\% \times 86.5\%$), una mejoría de más de 145%. Se debe destacar que la mejoría se debe tanto al rediseño de la misma, como al uso de un lenguaje más sencillo.

Monitoreo

El CRI plantea que toda etiqueta debe monitorearse periódicamente para confirmar que funciona con la efectividad deseada. Sin embargo, no se pudo llevar a cabo esta etapa.



Conclusiones

La mejora del desempeño de la etiqueta del analgésico con usuarios en riesgo sobrepasó ligeramente el 72% de efectividad. La mejoría es significativa, más aún si se considera que la población usuaria del producto proviene de un medio socio-económico que no tiene hábitos de lectura ni cultura de la salud, que está influida por mitos instalados en usuarios, enfermeras y médicos, y que existe una gran cantidad de analfabetas funciona-

les. Como consecuencia de este estudio y del reconocimiento de la realidad del país, COFEPRIS y AFAMELA acordaron establecer el 72% como el nivel de eficiencia mínimo con el que debe cumplir una etiqueta de medicamento de libre acceso en México.

Sin duda, todo este proceso es un paso importante a favor de la automedicación responsable. Sin embargo, éste es solamente el principio. Las “Guías de etiquetado efectivamente útil para medicamentos de libre acceso en México”¹⁸ aprobadas “voluntariamente” el 3 de octubre de 2006¹⁹ se deben completar con las experiencias de cada nueva etiqueta que se diseñe con este método. Campañas en los medios que insten a los usuarios a leer las instrucciones de uso antes de administrar cualquier medicamento y el rediseño de etiquetas serían pasos importantes que contribuirían positivamente al manejo de medicamentos en México²⁰.

Bibliografía y fuentes de internet

- AMAI. Niveles socioeconómicos. Disponible en < <http://www.amai.org/niveles-socioeconomicos.phtml>>
- Clarke A. (1999). *Evaluation research*. Londres: Sage Publications.
- Dervin, B. (1999). “Chaos, Order, and Sense-Making: A Proposed Theory for Information Design”. En: Jacobson, Robert (ed). *Information Design*. Cambridge: MIT Press.
- INEGI (2002). Encuesta Nacional sobre uso del tiempo. México.
- Horn, R. E. (1999). “Information Design: The Emergence of a New Profession”. En: Jacobson, Robert (ed). *Information Design*. Cambridge: MIT Press.
- Jacobson, Robert (ed). *Information Design*. Cambridge: MIT Press.
- Jacobson, R. (1999). “Introduction: Why Information Design Matters”. En: Jacobson, Robert (ed). *Information Design*. Cambridge: MIT Press.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-072-SSA1-1993, Etiquetado de medicamentos. 1993.
- IIID, iDX Information Design Partners, IIID Information Design: Core Competencies. What information designers know and can do <http://www.iiid.net/PDFs/idxPublication.pdf>, 2007. (consultado: marzo 2012).
- Passini, R. (1999). “Sign-Posting Information Design”. En: Jacobson, Robert (ed). *Information Design*. Cambridge: MIT Press.
- Shedroff, N. (1999). “Information Interaction Design: A Unified Theory of Design”. En Jacobson, Robert (ed). *Information Design*. Cambridge: MIT Press.
- Sless, D. y Shrensky, R. (2005). *Designing medicine information for people*. Melbourne: Communication Research Institute of Australia.
- Sless D. y Wiseman R. (1996). “Best practice in accessible documents in the private sector”. Putting it Plainly: Current Developments and needs in Plain English and Accessible Reading Materials. Canberra: Australian Language and Literacy Council.
- Sless, D. y Wiseman, R. (1998). Writing about medicines for people: usability guidelines for consumer medicine information. 2a edición. Melbourne: Communication Research Institute of Australia.
- Villegas, A. y Covarrubias, A. C. (2003) “Auditoría de imagen. Investigación cualitativa y cuantitativa”. En: Gordo, V, (ed). *Imagología*. México, DF: Grijalbo.
- Visocky O’grady, J. y K. (2008). *Information Design Handbook*. Ohio: HOW Books.
- Wurman, R. S. (1999). *Understanding USA*. Chicago: RR Donnelley & Sons Company.

¹⁸ Por iniciativa de AFAMELA y COFEPRIS, el CEAD tradujo y adaptó el Código de ética de etiquetado de medicamentos. Posteriormente, el CEAD tradujo las “Guías de diseño de etiquetado para medicamentos”, elaboradas por el CRI y las adaptó para medicamentos de libre acceso en México. Esta última parte se quedó en proyecto.

¹⁹ Desafortunadamente estos esfuerzos no se han continuado y siguen vigentes las Normas de 1993.

²⁰ Agradecimientos. La autora agradece al Profesor David Sless por compartir su método, al laboratorio que hizo posible aplicarlo en un medicamento mexicano, a AFAMELA y a COFEPRIS por la oportunidad de desarrollar las Guías de etiquetado. Este trabajo fue realizado por el CEAD con la participación de Alejandro Lo Celso, Ma. de Lourdes Fuentes, Nora Morales y la autora.